

**PIVOT TABLE ANALISIS BIAYA PROGRAM GIZI DENGAN PERSPEKTIF
DISTRICT HEALTH ACCOUNT (DHA)
(Studi di Kabupaten Sumba Timur tahun 2013)**

Yendris K. Syamruth

Abstract

Background :

Health financing is a major component of the framework of the National Health System , at the district / city are often faced with various problems such as: the tendency anggaran used for physical shopping , less operational costs , the tendency to give free local health services to the entire population , the realization of the government budget the late and so forth . Various problems can be detected and identified through the implementation of the District Health account (DHA) in the district / city level by using pivot table menu on Excell.

Method : The study designed by cross sectional descriptive study. The population in this study is the real cost of the program / activity (realization) on a number of government and private institutions in the last year in the East Sumba (2013). The sample was selected from 7 institutions including data household expenditures from Central Office of Statistic/BPS .

Results : The budget allocation for the health budget 2013 were reached 9 % under the terms of 36 th 2009 on national Health Act , the health budget allocation according to priority programs such as nutrition is not optimal , the operational budget allocation still focused on indirect activities, the intensity of the activities carried out at the level of nutrition and community health centers, the presence of the role of non- governmental sectors (private , household / community) in Nutrition sector financing , potential health insurance system in favor of the Social Security

Conclusion :

Nutrition program expenditure of DHA known dimensions is still needed major improvements in operations and directly oriented aspects of public health than individual health efforts , beneficiaries of nutrition programs are still a lot of activity in the productive age group (non- human investment)

Keywords : District health accounts, pivot tables , IDHS.

**) Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Nusa Cendana Kupang*

Latar Belakang

Kerangka Sistem Kesehatan Nasional terdiri dari 7 fungsi utama, yaitu (1) tata kelola dan sistem informasi kesehatan, (2) manajemen SDM Kesehatan, (3) obat/bahan medis dan makanan, (4) penelitian dan pengembangan, (5) peran serta masyarakat, (6) pembiayaan kesehatan dan (7) pelayanan dan program kesehatan. Berlaku dari pusat hingga daerah. Untuk konteks kabupaten/kota, pembiayaan kesehatan dapat berasal dari sumber pemerintah dan non pemerintah. Anggaran kesehatan yang bersumber pemerintah juga dapat berasal dari tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota sendiri. Setiap sumber pembiayaan tersebut harus mengikuti kebijakan desentralisasi sesuai dengan peraturan yang berlaku. Sementara pembiayaan kesehatan dari non pemerintah dapat berasal dari belanja perusahaan untuk kesehatan, pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan dan lain sebagainya. Salah satu fungsi Sistem Kesehatan adalah pembiayaan (*health financing*), di samping fungsi lainnya yaitu “*stewardships and governance*” (tata kelola didukung sistem informasi), mobilisasi sumber daya (investasi pendidikan/latihan SDM dan penyediaan obat/bahan medis) serta penyedia pelayanan kesehatan (WHO, 2000).

Dalam prakteknya, pembiayaan kesehatan di tingkat kabupaten/kota ini mengalami berbagai permasalahan. Berbagai permasalahan yang dihadapi antara lain adalah : kecenderungan anggaran tersebut digunakan untuk belanja fisik, kurang untuk biaya operasional, kecenderungan daerah untuk menggratiskan pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk, realisasi anggaran pemerintah yang terlambat dan lain sebagainya. Berbagai permasalahan tersebut dapat dideteksi dan diketahui melalui pelaksanaan District Health Account (DHA) di tingkat kabupaten/kota.

Health Account (HA) adalah proses pencatatan dan klasifikasi data biaya kesehatan. HA dapat dilakukan pada tingkat nasional atau *National Health Account* (NHA), pada tingkat Provinsi atau *Provincial Health Account* (PHA) dan pada tingkat Kabupaten/kota atau *District Health Account* (DHA).

HA adalah juga sebuah proses menggambarkan aliran dana dan belanja yang dicatat dalam penyelenggaraan sebuah sistem kesehatan, yang merupakan monitoring semua transaksi di tingkat sumber dana sampai pemanfaatannya di tingkat wilayah, kelompok penduduk, dan dimensi sosial ekonomi serta epidemiologi (masalah kesehatan) (Than Sien dan Waheed, 2003).

Health Account terdiri dari pencatatan arus dana kesehatan secara sistematis,

kompherensif dan konsisten dalam suatu sistem kesehatan di suatu negara atau wilayah. *Health Account* menelusuri semua sumber dana serta aliran dana tersebut dalam suatu sistem kesehatan dalam satu tahun tertentu di suatu negara atau wilayah tertentu (Pullier et al. WHO, 2002).

DHA menghasilkan data yang dapat dipergunakan untuk bahan advokasi kepada pengambil keputusan dengan tujuan memperbaiki kekurangan sistem pembiayaan misalnya (a) meningkatkan alokasi anggaran kesehatan, (b) mengarahkan alokasi dana pada masalah prioritas, (c) mengarahkan dana pada intervensi dan kegiatan yang lebih *cost effective*, (d) mengembangkan sistem asuransi, dan lain-lain.

DHA juga akan menghasilkan gambaran besar belanja kesehatan rumah tangga, apakah untuk pembayaran langsung atau melalui asuransi kesehatan, agar anggaran kesehatan sesuai kebijakan pembangunan kesehatan, agar anggaran kesehatan berbasis kinerja, efektivitas dan efisiensi anggaran program kesehatan, mobilisasi peranan sektor lain dalam pembangunan kesehatan dan juga mobilisasi peran sektor swasta dalam pembangunan kesehatan. Akhirnya hasil DHA sangat diperlukan dalam pelaksanaan PHA dan NHA. Untuk Indonesia yang telah menerapkan sistem desentralisasi fiskal, NHA hanya dapat dilaksanakan

dengan baik kalau ada data tentang belanja kesehatan di tingkat Kabupaten/Kota. Selain itu, UU No. 32/2004 dan PP No. 30/2007, memberi kewenangan dan kewajiban kepada daerah untuk melaksanakan fungsi pembiayaan kesehatan. Selanjutnya Kepmenkes No. 922/2008 menyatakan perlunya pelaksanaan NHA, PHA dan DHA secara reguler, sebagai landasan dalam melakukan perbaikan sistem pembiayaan kesehatan. Melalui analisis DHA dengan menggunakan fitur *Pivot table* Excell dapat ditampilkan hasil yang mudah diinterpretasi demi pengembangan program.

Metode Penelitian

Desain penelitian menggunakan survey cross sectional dan jenis penelitian deskriptif. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh biaya program/kegiatan (realisasi) pada sejumlah SKPD dan institusi pemerintah dan swasta pada setahun terakhir di Kabupaten Sumba Timur yakni 2013. Sampel dipilih secara *purposive* dari sejumlah instansi yang sesuai dalam penelitian ini sebanyak 7 Institusi termasuk data dari BPS Sumba Timur yang bersumber data pengeluaran rumah tangga (hasil SUSENAS). Penentuan institusi dengan mempertimbangkan bahwa institusi yang dikunjungi memiliki sejumlah program dan kegiatan berkaitan dengan

pengeluaran terkait kesehatan, dengan konsekuensi penggunaan anggaran di Kabupaten Sumba Timur. Syarat yang dijadikan sebagai sampel adalah penggunaan anggaran hasil realisasi dan tercatat dalam dokumen institusi. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan lembar pengumpul data dan dianalisa dalam bentuk deskriptif menggunakan fitur *Pivot Table* dengan Dimensi-dimensi DHA (Sumber Pembiayaan, Pengelola Pembiayaan,

Penyedia Pelayanan, Jenis Kegiatan, Mata Anggaran, Jenjang Kegiatan, dan Penerimaan Manfaat).

A. Hasil dan Bahasan

A. Potret Biaya/belanja Kesehatan Program Gizi di Kabupaten Sumba Timur Tahun Anggaran 2013

Tabel 1
Analisa Belanja Kesehatan Program Gizi (*dalam Rupiah*)
menurut Sumber Pembiayaan Kab. Sumba Timur Tahun Anggaran 2013

SUMBER PEMBIAYAAN (FS)	JUMLAH	%
FS1.1.1 APBN Kementerian Kesehatan	334,079,102	29.14
FS12.1 APBD Propinsi (PAD)	98,174,167	8.56
FS12.2 APBD Kabupaten/ Kota (DBH, DAU, DAH, PAD)	714,116,100	62.29
Total	1,146,369,369	100

Dari tabel 1 dapat dilihat bahwa biaya program gizi hanya bersumber dari pemerintah, dimana pemerintah kabupaten memegang peranan penting dengan presentase (62,29 %), jauh melebihi pemerintah pusat (29,14 %) dan pemerintah provinsi (8,56 %). Hal

ini menunjukkan tidak adanya ketergantungan pembiayaan program gizi pada pemerintah pusat. Hal ini sekaligus menyatakan bahwa tampak adanya kemandirian daerah untuk pengelolaan dan pembiayaan program gizi di Sumba Timur.

Tabel 2
Analisa Belanja Kesehatan Program Gizi
Menurut Pengelola Pembiayaan Kab. Sumba Timur Tahun Anggaran 2013

PENGELAPEMBIAYAAN(HF)	JUMAH	%
HF 1.1.2 Pemerintah Propinsi	144,965,881	12.65
HF 1.1.3.1 Pemkab: Dinas Kesehatan	714,116,100	62.29
HF 1.1.3.2 Puskesmas	287,287,388	25.06
Total	1,146,369,369	100

Dari tabel 2 dapat dilihat bahwa sebagian besar pengelolaan biaya program Gizi dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Timur

(62,29%) yang berarti kurangnya peran dari instansi/organisasi lain dalam mendukung program Gizi.

Tabel 3
Analisa Belanja Kesehatan Program Gizi
Menurut Penyedia Pelayanan (PP) Kab. Sumba Timur Tahun Anggaran 2013

PENYEDIA PELAYANAN(PP)	JUMAH	%
PP.1.11 Puskesmas	385,461,555	33.62
PP.1.31.1 Penyedia Administrasi Dinas Kesehatan	760,907,814	66.38
Total	1,146,369,369	100

Dari tabel 3 dapat dilihat bahwa Dinas Kesehatan Kabupaten adalah pemberi pelayanan terbesar (66,38 %) sedangkan untuk Puskesmas 33,62 %, hal ini berkaitan dengan

pelaksanaan perbaikan gizi masyarakat yang dilakukan dilaksanakan melalui kerjasama Puskesmas dan Dinas Kesehatan.

Tabel 4a
Analisa Belanja Kesehatan Program Gizi
Menurut Jenis Kegiatan Kab. Sumba Timur Tahun Anggaran 2013

JENIS KEGIATAN (HA)	JUMLAH	%
Kegiatan Langsung	1,114,184,797	
HA.2.1 Kegiatan Program Kesehatan Masyarakat	406,347,297	35.45
HA.2.1.1 Promosi dan Penyuluhan kesehatan	23,691,234	2.07
HA.2.1.11 Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur Alat Medis	58,781,310	5.13
HA.2.1.13 Kegiatan Kesehatan Masyarakat langsung lainnya	303,464,540	26.47
HA.2.1.4 Pendataan Sasaran	6,278,600	0.55
HA.2.1.5 Pengambilan sampel	9,975,257	0.87
HA.2.1.7 Surveilans Epidemiologi dan KLB	4,156,357	0.36
HA 2.2 Kegiatan Program Kesehatan Individu	707,837,500	61.75
HA.2.2.4 Rehabilitasi Medik	707,837,500	61.75
Kegiatan Tidak Langsung	32,184,571	2.81
HA.1.2 Pengadaan dan Peningkatan Kapasitas Personil (Pendidikan dan Pelatihan)	32,184,571	2.81

Tabel 4b (lanjutan)
Analisa Belanja Kesehatan Program Gizi
Menurut Jenis Kegiatan Kab. Sumba Timur Tahun Anggaran 2013

JENIS KEGIATAN (HA)	JUMLAH	%
HA1.2 Pengadaan dan Peningkatan Kapasitas Personil (Pendidikan dan Pelatihan)	32,184,571	2.81
HA2.1.1 Promosi dan Penyuluhan kesehatan	23,691,234	2.07
HA2.1.4 Pendataan Sasaran	6,278,600	0.55
HA2.1.5 Pengambilan sampel	9,975,257	0.87
HA2.1.7 Surveilans Epidemiologi dan KLB	4,156,357	0.36
HA2.1.11 Pengadaan dan Pemeliharaan Infrastruktur Alat Medis	58,781,310	5.13
HA2.1.13 Kegiatan Kesehatan Masyarakat langsung lainnya	303,464,540	26.47
HA2.2.4 Rehabilitasi Medik	707,837,500	61.75
Total	1,146,369,369	100

Dari tabel 4a dan 4b dapat dilihat bahwa biaya program gizi sebagian besar digunakan untuk kegiatan-kegiatan langsung (61,75 %),

dibandingkan dengan kegiatan tidak langsung (2,81 %). Hal ini berkaitan dengan kegiatan pemberian PMT dan MP-ASI untuk perbaikan gizi

masyarakat. Namun menjadi penting untuk diketahui bahwa untuk komponen kegiatan langsung masih didominasi pada kegiatan yang berfokus kesehatan individu (Rp700 juta lebih) yang jauh lebih besar dibandingkan dengan kegiatan langsung yang fokus kesehatan masyarakat sendiri yang berjumlah Rp

400 juta lebih. Upaya kesehatan masyarakat haruslah menjadi fokus utama yang diyakini mampu mendorong besarnya partisipasi masyarakat secara mandiri untuk hidup sehat dengan mengupayakan aspek pemenuhan akan kebutuhan gizi dibandingkan kebutuhan lainnya.

Tabel 5
Analisa Belanja Kesehatan Program Gizi
Menurut Mata Anggaran Kab. Sumba Timur Tahun Anggaran 2013

MATA ANGGARAN (HI)	JUMLAH	%
HI 1 Investasi	54,364,643	4.74
HI.1.4 Pengadaan Alat medis	54,364,643	4.74
HI 2 Operasional	1,092,004,726	95.26
HI.2.2 Honorarium	19,620,000	1.71
HI.2.3 Obat dan Bahan Medis	4,416,667	0.39
HI.2.4 Bahan Non-Medis	80,750,767	7.04
HI.2.5 Perjalanan	282,097,377	24.61
HI.2.6 Akomodasi	705,119,915	61.51
Grand Total	1,146,369,369	100.00

Dari tabel 5 dapat dilihat bahwa belanja program gizi di Kabupaten Sumba Timur sebagian besar dipergunakan untuk belanja yang bersifat operasional. Sebagian besar biaya dipakai untuk biaya akomodasi (61,51 %), kemudian perjalanan (24,61 %), dan belanja non medis (7,04 %). Dapat diasumsikan bahwa belanja kesehatan khusus

program gizi di Sumba Timur lebih diutamakan kegiatan operasional namun masih terserap untuk kegiatan akomodasi dan perjalanan disebabkan kegiatan-kegiatan yang dilakukan lebih banyak di daerah-daerah dengan konsekwensi menimbulkan biaya akomodasi dan perjalanan.

Tabel 6
Analisa Belanja Kesehatan Program Gizi
Menurut Jenjang Kegiatan Kab. Sumba Timur Tahun Anggaran 2013

JENJANG KEGIATAN (HL)	JUMLAH	%
HL.2 Provinsi	90,965,881	7.94
HL.3 Kabupaten	704,366,100	61.44
HL.4 Kecamatan/Puskesmas	63,750,000	5.56
HL.5 Desa/Kelurahan/masyarakat	287,287,388	25.06
Grand Total	1,146,369,369	100.00

Dari tabel 6 dapat dilihat bahwa jenjang kegiatan lebih banyak pada tingkat kabupaten (61,44 %), hal ini karena pengelolaan dana program gizi khususnya PMT dilaksanakan langsung oleh Dinas Kesehatan yang kemudian didistribusikan pada setiap puskesmas

dan hal ini tersaji dalam tabel. Pembagian porsi jenjang kegiatan antara kabupaten dan desa/masyarakat sebaiknya berimbang karena porsi penduduk terbesar yang membutuhkan pemberdayaan masalah gizi berada di desa/masyarakat.

Tabel 7
Analisa Belanja Kesehatan Program Gizi
Menurut Penerima Manfaat Kab. Sumba Timur Tahun Anggaran 2013

PENERIMA MANFAAT (HB)	JUMLAH	%
HB.1 0 - <1 tahun (bayi)	21,646,857	1.89
HB.2 1 - 5 tahun (balita)	294,804,359	25.72
HB.3 6 - 12 tahun (anak sekolah)	12,469,071	1.09
HB.5 19 - 64 tahun (usia produktif)	226,744,591	19.78
HB.7 Semua Kelompok Umur	590,704,491	51.53
Grand Total	1,146,369,369	100.00

Dari tabel 7 dapat dilihat bahwa pembiayaan kesehatan lebih bermanfaat bagi semua kelompok umur (51,53 %)

terutama untuk peningkatan perbaikan gizi pada ibu hamil dan juga tidak melupakan pembiayaan kesehatan

untuk “*human investment*” yaitu pada peningkatan status gizi anak.

Pembiayaan kesehatan yang *human invest* diartikan sebagai pembangunan pro jangka panjang dimana diyakini kelompok umur inilah yang ke depannya memegang peranan kunci bagi pembangunan Sumba Timur ke depansepuluh hingga dua puluh tahun

ke depan, dan jika kelompok umur ini diabaikan maka dampak kerugian dapat ditimbulkan nanti (Ascobat Gani, 2000).

B. Analisa Pola Belanja Rumah Tangga (Data SUSENAS) Kabupaten Sumba Timur Tahun 2013

Tabel 8
POLA BELANJA RUMAH TANGGA MASYARAKAT KABUPATEN SUMBA TIMUR
Tahun Anggaran 2013

PengeluaranRumahTangga	KurtilPengeluaranPerKapitaKabupatenSumbaTimur					
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Total
Totalnakananromakanan	9802,024	17,188,953	24026,177	33,780,346	83000,971	167848,469
nakanan	6532,092	11,573,354	15,368,002	20,591,855	38159,330	92224,633
romakanan	2536,722	4,713,269	7,690,737	12,364,456	48,282,300	75587,455
Kesehatan	1,425,404	2,125,525	3,601,206	9,007,671	47,214,480	63374,237
Pendidikan	219,777	795,367	1,716,922	3,165,139	9,212,014	15,169,219
tenetakaudnsirih	298,973	648,359	1,072,114	1,908,803	5,943,328	9,866,776
pulsa	112,092	231,064	380,048	819,170	2,549,375	4,089,749
ninunankeas	165,102	418,186	548,848	791,410	1,925,000	3,848,636

PengeluaranRumahTangga	PersentaseKurtilPengeluaranPerKapitaKabupatenSumbaTimur					
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Total
Totalnakananromakanan	100	100	100	100	100	500
nakanan	6664	6733	6396	6096	4595	30489
romakanan	2588	2742	3201	3660	5814	18008
Kesehatan	1454	1237	1499	2667	5685	12542
Pendidikan	285	463	715	937	1109	3509
tenetakaudnsirih	305	377	446	564	716	2408
pulsa	114	134	157	242	307	956
ninunankeas	168	243	228	234	232	1102

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa belanja masyarakat Kabupaten Sumba Timur untuk kebutuhan makanan selama 1 tahun adalah sebesar Rp.92.224.633 atau sama dengan Rp.304.839 per orang, jauh melebihi untuk kesehatan (termasuk upaya-upaya Gizi kesehatan keluarga) selama satu tahun sebesar Rp.63.374.237 atau sama dengan Rp.125.412 per orang dan pendidikan selama satu tahun sebesar Rp.15,169,219 atau sama dengan Rp.35.089 per orang. Peluang ini bisa dimanfaatkan untuk mengembangkan sistem jaminan kesehatan daerah dengan memanfaatkan pengeluaran masyarakat untuk belanja rokok, alkohol dan sirih pinang.

Selain itu besarnya pengeluaran masyarakat untuk belanja rokok dan alkohol ini tentunya merugikan bagi pembangunan kesehatan. Sehingga diperlukan langkah-langkah promotif bagi masyarakat mengenai bahaya rokok dan alkohol untuk kesehatan.

PENUTUP

Simpulan

Alokasi anggaran kesehatan APBD Th. 2013 baru mencapai 9 % di bawah syarat UU Kes 36 tahun 2009, alokasi anggaran kesehatan menurut program-program prioritas seperti Gizi belum optimal, alokasi mata anggaran

operasional masih fokus untuk kegiatan tidak langsung, adanya intensitas kegiatan Gizi yang dilaksanakan pada jenjang masyarakat dan Puskesmas, hadirnya peran sektor non pemerintah (swasta, rumah tangga / masyarakat) dalam pembiayaan sektor Gizi, potensi sistem jaminan kesehatan dalam mendukung SJSN tampak dari data olahan Susenas dari BPS.

Saran

Perbaikan alokasi anggaran untuk program-program prioritas seperti Gizi menjadi penting, Alokasi operasional untuk kegiatan langsung pada program-program Gizi perlu dipertahankan, Intensitas kegiatan yang dilaksanakan pada jenjang masyarakat dan puskesmas masih minim dan terbatas, Sistem Jaminan Kesehatan menjadi alternatif utama dalam mendukung Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) mengingat besarnya potensi kemampuan masyarakat.

Referensi

1. U Tan Sien and Abdullah Waheed. National Health Account: Policy Brief on Concept and Approach. Regional Health Forum WHO Sea Region, Vol.7 No.2. tahun 2003
2. Kepmendagri No.29 tahun 2002 tentang anggaran berbasis kinerja
3. UU No. 40 tahun 2004 tentang SJSN
4. World Health Report, WHO, 2000
5. Ascobat Gani. Public Expenditure Review and Tracking in Jambi and

- West Kalimantan.HSW project.
WB/DOH.Jakarta. 2000
6. Pusat Kajian Ekonomi dan
Kebijakan Kesehatan FKM UI-
AUSAID Jakarta-PPJK Depkes RI.
Pedoman dan Modul Pelatihan
DHA untuk tingkat
Kabupaten/Kota. 2010.